

Медицинская психология в России. 2022. Т. 14, № 1.
Med. psihol. Ross., 2022, vol. 14, no. 1.

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Научная статья
УДК 159.972:616.89-008.19-053.4

Этиология и патогенез состояния беспомощности у старших дошкольников с ЗПР

Анна Александровна Завертяева¹, Игорь Васильевич Реверчук²✉,

^{1, 2} Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта, Калининград, Россия

¹ anita.the.89@gmail.com

² igor7272igor@gmail.com

Аннотация

В статье рассматривается феномен беспомощности как психопатологическое приходящее состояние, возникающее в ответ на негативные стимулы и формирующееся в процессе развития детей дошкольного возраста. Дети с различными вариантами дизонтогенеза, в частности, с задержанным вариантом развития, представляют особую группу, поскольку изначально, в процессе своего развития, они подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов, развитию в условиях измененной семейной системы, в условиях повышенных или пониженных требований к их актуальным возможностям. В статье рассматриваются механизмы возникновения беспомощности, выявляются особенности состояния беспомощности у старших дошкольников с ЗПР, описываются три группы детей с состоянием беспомощности, рассматриваются особенности семейного стиля воспитания и атрибутивного стиля матери.

Предложенный подход по коррекции и превенции состояния беспомощности можно использовать как дополнение к уже существующим коррекционным программам, в частности, к адаптированной образовательной программе для детей с задержкой психического развития.

Ключевые слова: состояние беспомощности, атрибутивный стиль, задержка психического развития, психологическая коррекция

Для цитирования: Завертяева А.А., Реверчук И.В. Этиология и патогенез состояния беспомощности у старших дошкольников с ЗПР // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2022. – Т. 14, № 1. – С. 7. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

SOCIAL MEDICAL PSYCHOLOGY

Original article

Etiology and pathogenesis of the state of helplessness in older preschoolers with mental retardation

Anna A. Zavertyaeva¹, Igor V. Reverchuk²✉

^{1, 2} Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia

¹ anita.the.89@gmail.com

² igor7272igor@gmail.com

Abstract

The article deals with the phenomenon of helplessness as a psychopathological emerging state that occurs in response to negative stimuli and is formed in the process of development of preschool children. Children with various variants of dysontogenesis, in particular, with a delayed

developmental variant, represent a special group, since initially, in the process of their development, they are exposed to various adverse factors, development in a changed family system, in conditions of increased or reduced requirements for their current opportunities. The article discusses the mechanisms of the emergence of helplessness, identifies the features of the state of helplessness in older preschoolers with mental retardation, describes three groups of children with a state of helplessness, discusses the features of the family style of upbringing and the attributive style of the mother.

The proposed approach to the correction and prevention of the state of helplessness can be used as an addition to existing correctional programs, in particular, to an adapted educational program for children with mental retardation.

Keywords: state of helplessness, attributive style, mental retardation, psychological correction

For citation: Zavertyaeva A.A., Reverchuk I.V. Etiology and pathogenesis of the state of helplessness in older preschoolers with mental retardation. *Med. psihol. Ross., 2022, vol. 14, no. 1, p. 7.* (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Актуальность

Постоянная модернизация и реформы в российском образовании приводят к систематическому появлению новых стандартов. В 2015 году в РФ были разработаны «Специальные основные общеобразовательные программы начального общего образования», произошел переход на ФГОС. Внедрение и реализация принципа инклюзивности на всех уровнях образования, упор на индивидуализацию образовательных траекторий способствуют появлению научно обоснованных подходов к психологическому сопровождению учащихся с различными вариантами дизонтогенеза. В наиболее уязвимом положении оказываются дети с задержкой психического развития (ЗПР), тем более что в практике отечественной медицины и психологии в последние десятилетия особую актуальность приобретает проблема состояния здоровья детей и подростков как популяции, определяющей здоровье нации в будущем.

Клинико-психологическая картина ребенка с ЗПР зависит от патогенеза состояний, однако, несмотря на полиморфизм этиологических факторов и проявлений, в целом для детей данной категории характерны признаки незрелости сложных форм поведения, недостаточность целенаправленной деятельности на фоне утомляемости, истощаемости, нарушенной работоспособности. Формирование состояния беспомощности у детей данной категории чревато изменением клинико-психологической картины и возникновением негативных тенденций в социально-личностном развитии.

Беспомощность, как и целый ряд других особенностей поведения любого ребенка, является изначально особым состоянием, проявляющимся в определенных ситуациях, например, в трудных, проблемных, неопределенных, с которыми ребенок еще не научился справляться. Его надо этому научить, а если этого не сделать, то его беспомощность постепенно становится «выученной», а затем, что не исключено, и «личностной». Это еще в большей степени относится к ребенку с проблемами развития и здоровья, в том числе и с задержками психического развития (ЗПР). При неправильной, неадекватной социализации проблемы при ЗПР растут, в том числе усиливается и беспомощность. Это отмечают многие исследователи и практики, среди них и ученые Института коррекционной педагогики. Представленная работа является дополнением к уже имеющимся программам по коррекции задержки психического развития у старших дошкольников и может использоваться в комплексе с другими программами коррекции ЗПР.

Биопсихосоциоэтическая модель развития человека (Г.В. Залевский, Ю.В. Кузьмина, И.В. Реверчук) дает возможность подойти к вопросу формирования состояния беспомощности с позиции структурно-уровневой организации (М.С. Роговин,

Г. В. Залевский) и системной детерминации (В. Е. Клочко, Э. В. Галажинский). Опора на данную модель при разработке коррекционной программы, направленной на преодоление состояния беспомощности у детей с ЗПР, позволяет воздействовать в единстве на все уровни развития человека как целостно-ценностного образования.

Актуальность исследования обусловлена тенденциями, связанными с высоким уровнем нарушений в сфере психического здоровья детей, которое является сложным биопсихосоциодуховным феноменом. Это определяет значимость выявления особенностей психологического развития (наличия состояния беспомощности) у детей старшего дошкольного возраста (5—7 лет) с задержкой психического развития и возможностей коррекции путем оказания профессиональной психолого-педагогической помощи дошкольникам, а также их семьям.

Степень разработанности проблемы

Рассматривается и уточняется в своем понятии термин «задержка психического развития»: появляются понятия «неосложненный психофизический инфантилизм», «вторичная ЗПР» (В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. И. Исаев, Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Лебединский, М. С. Певзнер, Т. А. Власова и др.). Расширяется классификация ЗПР: рассматриваются соматогенный, конституциональный, психогенный, церебро-органические типы (К. С. Лебединская). Изучаются новые концепции психологической диагностики нарушенного развития (В. И. Лубовский, И. А. Коробейников, С. М. Валявко). Институтом коррекционной педагогики РАО разрабатываются Концепции дифференцированных образовательных стандартов для детей с ОВЗ, в частности, для детей с ЗПР (И. А. Коробейников, Н. В. Бабкина, Е. Л. Инденбаум). Исследуются особенности формирования высших психических функций у детей с ЗПР (Н. В. Бабкина, Е. Р. Баенская, И. Н. Серова, Л. А. Головчиц, Г. В. Чиркина, О. Е. Громова и др.). Разрабатываются программы коррекционно-педагогического сопровождения детей с психическими нарушениями и сопровождения семей, имеющих детей с психическими нарушениями (Е. А. Стребелева, С. Б. Лазуренко, А. В. Закрепина, Л. А. Ремезова и др.).

Появляются работы по изучению материнского поведения, отношения к ребенку, роли матери в семейной системе и рассматриваются нарушения в функционировании семейной системы, которые имеют важное значение для психического развития ребенка (Н. В. Римащевская, Л. Ф. Кремнева; Л. М. Рудина, Л. А. Никифорова; Е. М. Ижванова, А. Е. Борисова; С. В. Дерменжии и др.). Выделяется новый раздел медицинской психологии — клиническая психология семьи (И. М. Никольская, Э. Г. Эдеймиллер, И. В. Добряков, А. Я. Варга, Н. В. Зверева, И. В. Рощина и др.). Рассматриваются и изучаются наиболее актуальные вопросы функционирования семьи, в составе которой есть больные с нервно-психическими заболеваниями (В. В. Николаева, Г. А. Арина, А. Б. Холмогорова, Н. В. Зверева, И. В. Рощина, К. М. Plant и др.).

Изучаются клиничко-психологические закономерности психосоматического развития с позиции биопсихосоциодуховной модели развития человека. Рассматриваются психологические и психосоциальные факторы перинатального развития, влияние семейного воспитания, особенности формирования высших психических функций детей на разных этапах онтогенеза (Н. А. Кравцова, А. В. Катасонова, А. Ю. Довженко, В. А. Денисова, Л. Н. Рабовалюк и др.).

Уточняется и расширяется в своем значении некогда предложенная М. Селигманом модель «выученной беспомощности» (М. Е. Р. Seligman). В современной науке появляется понятие «ситуативной беспомощности» и «личностной беспомощности» (Н. А. Батулин, Д. А. Циринг). Рассматриваются вопросы диагностики и коррекции личностной беспомощности в подростковом возрасте, вопросы взаимосвязи семейного воспитания и личностной беспомощности подростков (Д. А. Циринг, И. В. Пономарева, Ю. В. Честюнина, Е. А. Евстаева, К. Ю. Эвника и др.). Изучаются причины возникновения выученной беспомощности у соматически ослабленных детей и подростков (О. В. Волкова). В рамках коррекции и профилактики данного состояния на основе

теории выученной беспомощности возникают полярные ей теория самостоятельности (Д. А. Циринг) и теория оптимизма (М. Аргайл, М. Кете де Врис, М. Е. Р. Seligman и др.). Помимо психолого-педагогических аспектов, особое внимание уделяется медико-биологическим вопросам возникновения выученной беспомощности (J. Haracz, K. B. Kumar, K. S. Karanth, K. Muneoka, Y. Shrayama, M. Horlo и др.).

Таким образом, необходимость данного исследования определяется наличием следующих **противоречий**:

- между ориентированием современного общества на создание условий для формирования всесторонне и гармонически развитой личности и увеличением количества детей с различными отклонениями в развитии;
- между осознанием особой ситуации развития личности ребенка с задержкой психического развития как феномена современного общества и нехваткой специальных исследований на предмет изучения наличия беспомощности у данной категории детей;
- между внедрением в практику общеобразовательных учреждений «Адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования обучающихся с задержкой психического развития» и нехваткой методических разработок и рекомендаций по преодолению особенностей психологического развития (в частности, состояния беспомощности) изучаемой категории детей с опорой на биопсихосоциоэтическую модель развития человека.

Данные противоречия подтверждают актуальность исследования состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития и возможности его коррекции.

Цель исследования: выявление особенностей состояния беспомощности и возможностей коррекции данного состояния у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Объект исследования: состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста.

Предмет исследования: состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития и возможности его коррекции.

Гипотезы исследования:

1. Задержка психического развития у детей старшего дошкольного возраста может сопровождаться специфическими особенностями состояния беспомощности как временного, преходящего состояния в когнитивной, эмоциональной, мотивационной и волевой сферах, основным детерминирующим фактором формирования которого является особенность семейного воспитания (материнского отношения).
2. Коррекция состояния беспомощности у детей с задержкой психического развития возможна с включением в комплексную программу помощи этой категории детей специальной программы с опорой на биопсихосоциоэтическую модель развития человека.

Задачи исследования:

1. На основании логико-теоретического анализа современной литературы уточнить рабочее определение термина «состояние беспомощности» и определить спектр его эмпирических референтов в поведении ребенка дошкольного возраста; обосновать ключевые методологические решения в их эмпирической экспликации.
2. Осуществить подбор методов и методик эмпирического исследования особенностей беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

3. Определить особенности состояния беспомощности, описать паттерны поведения у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР с признаками беспомощности, раскрыть изменения клинико-психологической картины ребенка с ЗПР с состоянием беспомощности; показать тенденции негативного социально-личностного развития ребенка с ЗПР, детерминированные состоянием беспомощности.
4. Разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу, направленную на преодоление состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития с опорой на биопсихосоциоэтическую модель развития человека.

Теоретико-методологическое основание исследования:

1. Положения Л. С. Выготского о социальной ситуации развития и зоне ближайшего развития как важнейших условий становления личности ребенка.
2. Биопсихосоциоэтическая модель как интегрированный подход к изучению природы человека, его развития и здоровья, включающий идеи системной детерминации и его структурно-уровневой организации (М. С. Роговин, Г. В. Залевский, В. Е. Клочко, Э. В. Галажинский, Ю. В. Кузьмина).
3. Теоретические представления о фиксированных формах семейного поведения и их связи с доминирующим типом материнского отношения к ребенку (В. В. Столин, А. Я. Варга, Е. О. Смирнова, Г. В. Залевский).
4. Теория выученной беспомощности М. Селигмана (М. Селигман, Л. Абрамсон, Дж. Гилхам, К. Двек, Л. Джейкокс, М. Микуленсер, К. Петерсон, К. Рейвич, Н. А. Батулин, Д. А. Циринг).

Для достижения цели и решения задач исследования был использован **комплекс методов**, включающий в себя:

- *теоретический анализ и систематизацию* данных психолого-педагогических и медицинских исследований, касающихся проблемы выученной, личностной, ситуативной беспомощности; анализ исследований, направленных на изучение личностных особенностей детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, а также материалов по изучению типа родительского отношения к ребенку и влияние на развитие ребенка фиксированных форм поведения родителей;
- *методы сбора эмпирических данных*: этнологический подход, с помощью которого были рассмотрены модели поведения ребенка в различных обычных ситуациях при помощи карт наблюдения и создания проблемных ситуаций (А. А. Завертяева, И. В. Реверчук, Г. В. Залевский); выявление типа материнского отношения с помощью опросника А. Я. Варга и В. В. Столина, проведение анализа атрибутивного стиля взрослых с помощью методики стиля объяснения успеха и неудач СТОУН-В (Т. О. Гордеева, В. Ю. Шевяхова), ретролонгитюдный метод исследования (А. А. Завертяева, И. В. Реверчук, Г. В. Залевский);
- *методы математической статистики*: параметрические критерии включали в себя для проверки гипотез о степени выраженности признака и сдвига изучаемого признака *t*-критерий Стьюдента для независимых и зависимых выборок при нормальном распределении; для оценки зависимости использовался коэффициент корреляции Пирсона; для проверки гипотез об однородности выраженного признака был применен критерий углового преобразования Фишера для связанных выборок; внутренняя согласованность шкал оценивалась с помощью коэффициента альфа Кронбаха; для оценки распределения признака использовались критерий Шапиро—Уилка и критерий Хи-квадрат; оценка конструктивной валидности проводилась при помощи метода факторной валидности. Обработка результатов осуществлялась с помощью пакета статистических программ STATISTICA 10.0.

Исследование имеет формат детального, так как прицельно были изучены все компоненты состояния беспомощности. Кроме того, особенностью работы являлся индивидуальный подход к каждому участнику исследования в связи со специфическими особенностями диагностических методик, возможных для применения к данной возрастной категории детей.

В качестве экспериментальной и контрольной групп выбирались равные по демографическим признакам сверстники, посещающие детские дошкольные учреждения, а также их матери. Все обследуемые дети посещали дошкольные образовательные учреждения с одинаковой программой обучения. Вывод о наличии или отсутствии задержки психического развития был сделан на основе анализа медицинских карт развития детей, а также на основе заключения невропатолога. Объем репрезентативной выборки составил 340 человек: 30 детей старшего дошкольного возраста с ЗПР и 30 матерей на этапе пилотажного исследования (2014-2015 гг.); 140 детей старшего дошкольного возраста и 140 семей (матерей) на этапе исследования, представленного в диссертации (2015—2017 гг.), в том числе 90 детей с ЗПР (45 детей вошли в экспериментальную группу, 45 — в контрольную) и 90 матерей, имеющих детей с ЗПР; 50 детей относительной нормы и 50 матерей, имеющих детей относительной нормы.

Эмпирическая работа проводилась на базе дошкольных образовательных учреждений общеразвивающего типа: МАДОУ д/с № 20 г. Калининграда, МАДОУ д/с № 86 г. Калининграда, работающих по типовой программе дошкольного воспитания и образования под ред. М. А. Васильевой.

Достоверность и обоснованность полученных результатов и сделанных на их основе выводов обеспечиваются использованием валидных, надежных и апробированных в психологии психодиагностических методик, которые подобраны в соответствии с целями, предметом и гипотезой исследования; репрезентативной выборкой; применением методов статистической обработки данных с использованием программы STATISTICA 10.0.

Результаты исследования внедрялись в психологическую практику дошкольных образовательных учреждений г. Калининграда.

Научная новизна данной работы состоит в том, что:

- эмпирическим путем выявлены паттерны материнского поведения, влияющие на формирование беспомощности, и доказано, что фиксированные формы семейного поведения и паттерны материнского поведения обуславливают специфику формирования состояния беспомощности у детей с ЗПР;
- выявлены дополнительные к уже имеющимся в теории особенности формирования мотивационного, волевого, когнитивного и эмоционального компонентов у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, которые обуславливают специфику формирования состояния беспомощности и степень выраженности состояния беспомощности у детей с ЗПР;
- описаны и теоретически обоснованы методики диагностики и коррекции состояния беспомощности у детей с ЗПР и паттернов материнского поведения, влияющих на формирование беспомощности;
- целевые ориентиры ФГОС ДО и примерные АООП ДО для детей с ЗПР не предусматривают коррекцию поведения и обучение ребенка новым способам реагирования в различных ситуациях. Основной задачей АООП ДО для детей с ЗПР является компенсация первичного дефекта, однако программы опираются в основном на образовательную область и не учитывают коррекцию закрепляемых в процессе обучения паттернов поведения. Состояние беспомощности, возникающее именно как реакция ребенка на неудачный опыт в процессе обучения, негативно сказывается на клинико-психологической картине ребенка с ЗПР и осложняет редукцию ЗПР в целом. Мы видим необходимость ввести в работу

психолога дошкольного учреждения отдельную задачу, направленную на коррекцию состояния беспомощности у детей с ЗПР и на коррекцию атрибутивного стиля матерей, имеющих детей данной категории.

- в рамках работы состояние беспомощности рассматривается как формируемая и закрепляемая модель поведения, как реакция ребенка на ситуацию.

Результаты работы

По результатам исследования было выявлено следующее: выраженные признаки беспомощности наблюдаются у 72,3% при анализе методики «Карта наблюдений» и 75,6% детей с ЗПР при анализе «Проблемной ситуации», в то время как в группе детей относительной нормы выраженные признаки беспомощности наблюдаются у 28% («Карта наблюдений») и 32% («Проблемная ситуация») детей. При сравнении степени выраженности состояния беспомощности в группе детей с ЗПР ($n = 90$) и группе детей относительной нормы ($n = 50$) выявлены достоверно значимые различия в показателях ($p < 0,01$): «Карта наблюдений» — угловое преобразование Фишера $\phi^* = 5,694$ при $p < 0,01$; «Проблемная ситуация» — угловое преобразование Фишера $\phi^* = 5,6$ при $p < 0,01$. В клинко-психологической картине ребенка с ЗПР изначально отмечается специфика в формировании и становлении мотивационной, эмоциональной, волевой и когнитивной сфер. Эмоциональная незрелость, инфантилизм и смещение познавательного развития на более раннюю возрастную ступень, неравномерность в формировании психических процессов могут оказаться более выраженными у детей с состоянием беспомощности. В данном случае возможно изменение клинко-психологической картины ребенка с ЗПР, формирование негативных тенденций его развития.

При заполнении «Карты наблюдений» состояние беспомощности оценивалось по отдельным критериям, дающим в совокупности представление о формировании компонентов, дефициты которых определяют состояние беспомощности. Нами выявлены достоверные различия между группой детей с ЗПР ($n = 90$) и группой детей относительной нормы ($n = 50$) по степени выраженности данных компонентов (таблица 1): дефициты изучаемых компонентов в группе детей с нормальным развитием выражены менее явно, чем в группе детей с ЗПР, однако и в той, и в другой группе отмечаются особенности изучаемых дефицитов у детей с признаками беспомощности.

Таблица 1. Средние значения по данным методики «Карта наблюдений»

Шкалы методики	Группа ЗПР ($n = 90$)		Группа относительной нормы ($n = 50$)		t-Стьюдента	p-уровень
	Среднее	SD	Среднее	SD		
Эмоциональный компонент	15,51	12,71	31,88	12,57	7,3	0,01
Мотивационный компонент	15,21	10,88	28,14	8,88	7,2	0,01
Волевой компонент	19,15	13,53	36,3	13,83	7,1	0,01
Когнитивный компонент	18,32	13,13	32,86	13,10	6,3	0,01

Как видно из таблицы, дефициты мотивационной и эмоциональной сферы преобладают в обеих группах исследуемых детей. В эмоциональной сфере детей с признаками беспомощности отмечались плаксивость, «уход в себя», деструктивное поведение, агрессивность при условии неправильного/невозможного выполнения предлагаемого задания. В мотивационной сфере детей с признаками беспомощности отмечались следующие реакции: при начальном предъявлении заданий дети проявляли

активность, готовность выполнять задание, заинтересованность, но, столкнувшись с первыми трудностями, теряли мотивацию к выполнению заданий, смещались на псевдоцель, у них наблюдался резкий отказ от деятельности.

Дефициты волевой и когнитивной сферы были наименее выражены в группах детей с ЗПР и детей с нормальным развитием. В волевом компоненте у детей с признаками беспомощности наблюдалась нерешительность, отсутствие инициативы при выполнении сложных заданий. Однако если задания предлагались легкие или хорошо знакомые, дети с интересом включались в работу, у них проявлялись активность, смелость, решительность в выполнении заданий.

Дефицит когнитивного компонента включал в себя следующие характеристики: у детей с признаками беспомощности отмечалась сниженная познавательная активность, в речи наблюдались слова-маркеры: «не хочу», «не могу», «не умею»; у детей также были диагностированы ограниченная возможность обучаться противостоянию негативной тенденции и слабо выраженная способность не переносить отрицательный опыт на другие сферы жизнедеятельности.

Полученные результаты исследования позволяют определить три группы детей: дети с отсутствием признаков беспомощности; дети с умеренными признаками беспомощности; дети с выраженными признаками беспомощности. Каждая из этих групп характеризуется спецификой в формировании волевого, когнитивного, мотивационного и эмоционального компонентов. Наиболее ярко дефициты компонентов беспомощности проявляются в проблемных ситуациях, что позволяет рассматривать состояние беспомощности как ситуативное проявление.

Формирование состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР чревато изменением клинико-психологической картины. В первую очередь, закрепление состояния беспомощности у ребенка способствует снижению познавательного интереса и познавательной активности, что негативно скажется на развитии ребенка с ЗПР. Познавательный интерес является движущей силой в развитии ребенка. Формирование в поведении модели «Результат не зависит от прилагаемых усилий» способствует снижению мотивации к выполнению нового задания и к решению поставленных перед ребенком проблемных задач.

Так как развитие ребенка с ЗПР характеризуется эмоциональной незрелостью, нестабильностью, невозможностью контролировать и анализировать свои эмоции, то постоянно получаемый негативный опыт может привести к формированию агрессивного, деструктивного поведения. В свою очередь, деструктивное поведение в клинико-психологической картине ребенка с ЗПР способно вызвать трудности с адаптацией в детском саду, а в дальнейшем и в школе: повышенная агрессивность, вспыльчивость, драчливость способствуют возникновению коммуникативных проблем в общении со сверстниками и взрослыми, а также ведут к недостаточному владению коммуникативными средствами, особенно при условии речевого недоразвития ребенка с ЗПР.

Состояние беспомощности будет провоцировать трудности в формировании социальных способностей, умений и навыков: неумение планировать, регулировать и оценивать свои действия, неорганизованность поведения приведут к трудностям в развитии бытовых навыков и навыков самообслуживания.

Таким образом, состояние беспомощности усугубляет клинические проявления задержек психического развития и способствует возникновению негативных тенденций социально-личностного развития ребенка.

Результаты данного этапа исследования позволили выявить паттерны поведения детей с задержкой психического развития с состоянием беспомощности, определить спектр эмпирических референтов состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, обозначить тенденции негативного социально-личностного развития исследуемой категории детей.

Следующим этапом исследования стало определение особенностей родительского (материнского) отношения и особенностей атрибутивного стиля взрослого. Диагностический эксперимент проводился с родителями (матерями) детей. Репрезентативная выборка составила 140 испытуемых. Эксперимент состоял из батареи методик:

- опросник родительского отношения А. Я. Варга и В. В. Столина;
- методика стиля объяснения успеха и неудач СТОУН-В (Т. О. Гордеева, Е. Н. Осин, В. Ю. Шевяхова);
- ретролонгитюдный метод исследования: опросник для родителей (А. А. Завертяева, И. В. Реверчук, Г. В. Залевский).

Для семей, имеющих детей с задержкой психического развития, характерны такие особенности воспитания, как неадекватная оценка способностей ребенка, незаинтересованность в действиях ребенка, установление дистанции в отношениях с ребенком. Эти особенности обуславливают формирование состояния беспомощности у детей с ЗПР. Наиболее выраженным типом материнского отношения к ребенку с ЗПР является тип, обозначенный в методике А. Я. Варга и В. В. Столина «ОРО» как «Принятие—отвержение» (высокие показатели по данной шкале говорят об отвержении ребенка): матери видят детей слабыми, беспомощными, несамостоятельными, считают, что они не смогут добиться успеха в жизни из-за низких способностей. Шкалы «Симбиоз» и «Авторитарная гиперсоциализация» выступают следующими по значимости. Данные шкалы отражают межличностную дистанцию в общении с ребенком и характеризуют степень контроля поведения ребенка. Матери детей с ЗПР стараются контролировать все действия ребенка, сами решают проблемные задачи, вместо того чтобы вместе с ребенком попытаться преодолеть возникающие трудности.

Статистически достоверные различия были обнаружены при анализе материнского отношения и атрибутивного стиля их поведения. Выявленная взаимосвязь между состоянием детской беспомощности и атрибутивным стилем матери показала зависимость между пессимистическим стилем атрибуций у матери и выраженными признаками беспомощности у ребенка.

Пессимистический атрибутивный стиль ребенка и состояние беспомощности могут быть обусловлены пессимистическим атрибутивным стилем матери, который, в свою очередь, появляется в момент постановки диагноза ЗПР ребенку, когда сильное негативное событие становится неконтролируемым и не зависящим от прилагаемых со стороны матери сил. Коррекция пессимистического атрибутивного стиля матери является важным этапом всей коррекционной работы по преодолению состояния беспомощности у ребенка.

Полученные в ходе исследования результаты позволили определить паттерны материнского поведения, влияющие на формирование состояния беспомощности у старших дошкольников с ЗПР.

Результаты исследования позволяют сделать вывод, что у детей с ЗПР более выражено проявление состояния беспомощности, детерминированное условиями семейной социализации ребенка.

Оценка эффективности коррекционно-развивающей программы осуществлялась путем сравнения экспериментальной и контрольной групп, каждая из которых представлена в количестве 45 семей. Для оценки эффективности программы были использованы методы математической статистики — t-критерий Стьюдента, для оценки значимости различий для несвязных выборок (контрольная и экспериментальная группы), результаты которых были зафиксированы после реализации программы. Также были оценены изменения в компонентах беспомощности и изменения в материнском отношении экспериментальной группы при помощи t-критерия Стьюдента и углового преобразования Фишера для связных выборок.

Результаты по методике «Этологический подход в изучении поведения ребенка» свидетельствуют о том, что после проведенной коррекционной работы все компоненты беспомощности претерпевают качественные изменения. Были обнаружены достоверно значимые различия на этапе первичного и повторного исследования: волевой компонент ($t_{эмп} = 8,5$, $p < 0,01$), эмоциональный компонент ($t_{эмп} = 28$, $p < 0,01$), когнитивный компонент ($t_{эмп} = 28$, $p < 0,01$), мотивационный компонент ($t_{эмп} = 28$, $p < 0,01$).

Наиболее выраженной оказалась положительная динамика в преодолении эмоционального дефицита: среднее значение до коррекции составляет 14,67 балла, после коррекции — 30,07 балла. Преодоление эмоционального дефицита заключалось в формировании эмоциональной регуляции поведения, преодолении эмоциональной неустойчивости.

В процессе психокоррекционной работы была достигнута положительная динамика в преодолении эмоционального, волевого, когнитивного и мотивационного дефицитов. Однако сильные положительные сдвиги были отмечены не у всех детей. Задержка психического развития характеризуется разной степенью выраженности интеллектуальных нарушений и зависит от патогенеза состояний. Дети, у которых наблюдалось более стойкое нарушение развития (ЗПР церебрально-органической формы), по окончании курса коррекционной работы показали более низкие результаты в изменении дефицитов беспомощности, чем их сверстники, имеющие более легкую форму ЗПР. Значительные сдвиги у данной категории детей можно объяснить тем, что, во-первых, коррекционная работа проводилась в комплексе и была направлена не только на ребенка, но и на изменение условий и факторов, влияющих на ребенка, что показывает эффективность использования биопсихосоционэотической модели в процессе коррекции. Во-вторых, в рамках дошкольного возраста мы говорим о состоянии беспомощности, которое проявляется как реакция на ситуацию и может измениться под воздействием благоприятных условий и факторов:

- при изменении стиля реагирования в ситуациях неудачи;
- при изменении материнского поведения;
- при изменении ситуации группового пребывания, если воспитатели начнут учитывать индивидуальные особенности ребенка с ЗПР, понимать специфику данного диагноза, строить свою работу с учетом клинико-психологической картины ЗПР.

В результате проведения коррекционной работы уменьшилось количество детей с состоянием беспомощности, о чем свидетельствуют данные таблицы 2.

Таблица 2. Выраженность признаков беспомощности до коррекции и после коррекции в экспериментальной группе

№	Группа	Методика	До коррекции		После коррекции	
			Абс. (баллы)	%	Абс. (баллы)	%
1	Признаки беспомощности отсутствуют	Карта наблюдений	7	15,6	28	62,4
		Проблемная ситуация	7	15,6	28	62,4
2	Умеренно выраженные признаки беспомощности	Карта наблюдений	5	11,1	4	8,8
		Проблемная ситуация	5	11,1	4	8,8
3	Выраженные признаки беспомощности	Карта наблюдений	33	73,3	13	28,8
		Проблемная ситуация	33	73,3	13	28,8

Количество детей экспериментальной группы с выраженными признаками беспомощности после участия в коррекционной программе значительно уменьшилось как по данным «Карты наблюдений», так и по результатам решения «проблемных ситуаций». Различия в данном случае высоко значимы и достоверны ($p < 0,01$), о чем свидетельствует психометрический анализ с применением углового преобразования Фишера («Карта наблюдений» $\phi^* = 4,873$, $p < 0,01$; «Проблемная ситуация» $\phi^* = 4,873$, $p < 0,01$).

Индивидуальная и групповая психотерапевтическая работа с семьей также показала свою эффективность. В процессе занятий отмечались качественные и количественные изменения. Так, наиболее выраженным типом родительского отношения после занятий стал тип «Кооперация» — респонденты начали поощрять активность и инициативность ребенка. Родители стали стремиться воспринимать ребенка таким, какой он есть, со всеми его особенностями. Установление необходимой дистанции в отношениях с ребенком способствовало выходу из слияния, что позволило сформировать самостоятельность у детей (таблица 3).

Таблица 3. Особенности материнского отношения к детям с ЗПР после коррекционной работы: экспериментальная ($n = 45$) и контрольная ($n = 45$) группы

№	Тип родительского отношения	ЭГзпр		КГзпр		t-Стьюдента	p-уровень
		Среднее значение (баллы)	SD	Среднее значение (баллы)	SD		
1	Принятие–отвержение	8,42	2,12	18,67	9,57	7	0,01
2	Кооперация	8,02	1,11	3,93	1,67	14,1	0,01
3	Симбиоз	3,08	1,06	4,8	1,72	5,7	0,01
4	Авторитарная гиперсоциализация	2,46	1,01	5,09	1,46	10,1	0,01
5	Маленький неудачник	1,31	1,60	4,6	1,65	9,7	0,01

Одним из важных блоков в процессе психологической работы с родителями было изменение атрибутивного стиля. Данные по методике СТОУН-В (таблица 4) показывают положительную динамику в формировании мотивации успеха у взрослого при положительном изменении основных характеристик.

Таблица 4. Различия по шкалам СТОУН-В в экспериментальной группе на этапе первичной и повторной диагностики

Шкала	Первичная диагностика		Повторная диагностика		t-Стьюдента	p-уровень
	Среднее значение (баллы)	SD	Среднее значение (баллы)	SD		
Общий показатель оптимизма	128,8	43,02	205,82	30,93	12	0,01
Параметр стабильности	40,93	11,8	60,5	8,25	10,9	0,01
Параметр глобальности	44,13	15,09	70,86	10,23	12	0,01
Параметр контроля	43,71	17,05	74,46	12,62	12,2	0,01

Оптимизм в ситуации успеха	60,11	18,74	91,82	13,53	11	0,01
Оптимизм в ситуации неудачи	64,56	25,18	109,74	19,97	12,7	0,01
Оптимизм в ситуациях достижения	75,8	25,21	110,5	28,78	7,5	0,01
Оптимизм в межличностных ситуациях	54,24	16,6	82,06	15,99	9,9	0,01

Значительную динамику в данных переменных можно объяснить эффективной индивидуальной работой, которая была направлена на решение личностных проблем, формирование уверенности в себе и своих силах, а также на формирование мотивации успеха.

Под воздействием неблагоприятных факторов и условий (дисгармоничное отношение матери к ребенку, трудности в усвоении программы обучения, повышенное наблюдение со стороны медицинского и педагогического персонала) у ребенка повышается риск возникновения состояния беспомощности. Для превенции его возникновения встает вопрос об уменьшении негативных факторов и условий. На развитие ребенка влияет целостность системы, следовательно, для профилактики и коррекции состояния беспомощности необходимо задействовать несколько компонентов: социальный, биологический, культурный. Процесс коррекции состояния беспомощности на этапе старшего дошкольного возраста способствует не только изменению данного состояния, но и положительно влияет на снижение и редукцию ЗПР, содействуя более успешному развитию ребенка в целом.

По результатам психокоррекционной работы были отмечены следующие изменения:

1. Улучшились семейные взаимоотношения: матери стали поощрять самостоятельность, инициативность, активность ребенка, проявлять заинтересованность в его деятельности; большинство матерей отметило установление эмоционального контакта с ребенком; матери стали давать положительную оценку деятельности ребенка, стали принимать ребенка, поддерживать его.
2. Дети стали более активными, открытыми, самостоятельными, заинтересованными в различных видах деятельности.
3. Попадая в новые, незнакомые условия, дети стали пытаться генерировать и получать новый опыт, а не «уходить» в состояние беспомощности.

Общие выводы исследования

1. Состояние беспомощности — это временное, преходящее, нестабильное психопатологическое состояние, которое свойственно дошкольному возрасту; оно возникает в качестве реакции на события. Данное состояние характеризуется наличием мотивационного, когнитивного, волевого и эмоционального дефицитов. Спектр эмпирических референтов проявляется в наличии слов-маркеров («не хочу», «не буду»), смещении на псевдоцель в деятельности, быстрой смене заинтересованности на отказ от деятельности, переносе неудачного опыта на новый вид деятельности.
2. Выявленные паттерны поведения у детей с задержкой психического развития с состоянием беспомощности проявляются в следующем:
 - при выполнении знакомых заданий (при условии их успешного выполнения) отмечается заинтересованность, проявление инициативности, принятие заданий,

- увлеченность, готовность их выполнять, высокая мотивация к выполнению заданий;
- при выполнении знакомых заданий (при условии невозможности успешного выполнения) наблюдается резкое изменение в состоянии детей при столкновении с первой неудачей: от заинтересованности, готовности выполнять задания, высокой мотивации — к резкому отказу от деятельности, сниженной мотивации, уходу от деятельности;
 - при выполнении незнакомых заданий отмечаются следующие реакции: замкнутость, неуверенность, боязнь ошибиться, отказ от деятельности, подавленность, тревожность, нерешительность, деструктивное поведение, смещение на псевдоцель.
3. Тенденциями негативного социально-личностного развития ребенка с ЗПР с состоянием беспомощности являются:
- коммуникативные проблемы в общении со сверстниками, родителями, воспитателями и учителями; слабое владение коммуникативными средствами; недостаточное речевое развитие;
 - неорганизованность поведения ребенка: слабая целенаправленность деятельности; неумение планировать, регулировать и оценивать свои действия; недостаточно сформированный познавательный интерес;
 - трудности с адаптацией сначала в детском саду, а в дальнейшем и в школе;
 - трудности в формировании социальных способностей, социальных умений и навыков (навыки самообслуживания, бытовые навыки).
4. У детей 5—7 лет с задержкой психического развития более выражено проявление состояния беспомощности, детерминированное условиями семейной социализации ребенка. Состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста формируется постепенно, под воздействием нарушений в системе воспитания, травмирующих событий, демонстрации подобной стратегии со стороны значимого взрослого, фактора социального реагирования. Паттернами материнского поведения, приводящими к формированию состояния беспомощности у старших дошкольников с ЗПР, являются:
- низкая и/или неадекватная оценка способностей ребенка, незаинтересованность в действиях ребенка, подавление самостоятельности и инициативности с его стороны;
 - установление дистанции в отношениях с ребенком;
 - преобладание авторитарного стиля в воспитании, гиперпротекция по отношению к детям;
 - отсутствие мотивации успеха, наличие пессимистического атрибутивного стиля, проявление беспомощности и пассивности в действиях.
5. Биопсихосоциоэтическая модель, положенная в основу коррекционной программы, позволила сформировать работу, нацеленную на преодоление всех дефицитов состояния беспомощности. Внедрение системы формирующих мероприятий и включение в этот процесс всех основных субъектов социальной ситуации развития ребенка позволило наиболее эффективно осуществить коррекцию данного состояния.
6. Программа психологической коррекции состояния беспомощности на этапе старшего дошкольного возраста у детей с задержкой психического развития отвечает предъявленным задачам, полученные результаты до и после коррекции в экспериментальной группе, а также в сравнении с контрольной группой позволяют говорить об эффективности данной программы. Предложенная

программа коррекции влияет не только на изменение состояния беспомощности, но и на более успешное развитие ребенка, что способствует редукции ЗПР в целом.

7. Результаты апробации программы коррекции состояния беспомощности на этапе старшего дошкольного возраста позволяют предположить, что она может служить эффективным средством профилактики формирования «выученной» и «личностной» беспомощности в дальнейшем процессе онтогенеза.

Библиографический список

1. Батурин, Н.А. Психология успеха и неудачи: учебное пособие / Н.А. Батурин. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 1999. – 100 с.
2. Батурин, Н.А. Ситуативная и личностная беспомощность / Н.А. Батурин // *Материалы 52-й науч. конф. преподавателей фак. психологии / под ред. Н.А. Батурина.* – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000. – С. 21–22.
3. Батурин Н.А. Методика диагностики стиля атрибуции детей / Н.А. Батурин, Д.А. Циринг // *Теоретическая, экспериментальная и прикладная психология: сборник научных трудов / под ред. Н.А. Батурина.* – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000. – Т. 2. – С. 105–116.
4. Бердышев, И.С. Феномен выученной беспомощности в практике детской кризисной психиатрии: потребность в научно-методическом обеспечении / И.С. Бердышев // *Вестник психофизиологии.* – 2013. – № 2. – С. 70–75.
5. Волкова, О.В. Изучение особенностей развития и перспектив коррекции волевого действия часто болеющих детей старшего дошкольного возраста в рамках биопсихосоциоэтической модели развития человека / О.В. Волкова // *Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева.* – 2010. – № 1. – С. 99–103.
6. Волкова, О.В. Выученная беспомощность как фактор, детерминирующий рисковое поведение личности / О.В. Волкова // *Тюменский медицинский журнал.* – 2014. – Т. 16, № 1. – С. 35–36.
7. Волкова, О.В. Интегративный подход к изучению выученной беспомощности детей / О.В. Волкова // *Сибирский психологический журнал.* – 2014. – № 54. – С. 126–145.
8. Волкова, О.В. Компоненты и механизмы формирования выученной беспомощности у детей с ослабленным здоровьем: онтогенетический подход / О.В. Волкова // *Сибирское медицинское обозрение.* – 2014. – № 4(88). – С. 86–91.
9. Залевский, Г.В. Диагностика состояния беспомощности в старшем дошкольном возрасте / Г.В. Залевский, А.А. Завертяева. – doi: 10.24411/2219-8245-2018-11040 – Текст: электронный // *Медицинская психология в России.* – 2018. – Т. 10, № 1. – С. 4. – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2018_1_48/pomer02.php (дата обращения: 05.02.2018).
10. Залевский, Г.В. Личность и фиксированные формы поведения / Г.В. Залевский. – М.: Институт психологии РАН, 2007. – 336 с.
11. Залевский, Г.В. Состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития и возможности его коррекции / Г.В. Залевский, А.А. Завертяева // *Сибирский психологический журнал.* – 2016. – № 61. – С. 78–90.
12. Особенности семейных взаимоотношений, детерминирующие формирование личностной беспомощности у подростков / Д.А. Циринг, И.В. Пономарева, Ю.В. Честюнина [и др.] // *Сибирский психологический журнал.* – 2016. – № 59. – С. 22–33.
13. Реверчук, И.В. Психобиологические механизмы нозогенеза пограничных психических расстройств / И.В. Реверчук // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии.* – 2006. – № 2. – С. 17–26.
14. Реверчук, И.В. Теоретические и методологические противоречия становления биопсихосоциальной парадигмы / И.В. Реверчук // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии.* – 2008. – № 4. – С. 109–123.

15. Стребелева, Е.А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии. Книга для педагога-дефектолога / Е.А. Стребелева. – Москва: ВЛАДОС, 2013. – 184 с.
16. Циринг, Д.А. Личностная беспомощность у детей: структурные компоненты и их взаимосвязи / Д.А. Циринг // Теоретико-методологические и психологические основы коррекционно-развивающей работы психологов: материалы международной научно-практической конференции: в 3 ч. – Шадринск: Изд-во ШГПИ, 2006. – Ч. 1. – С. 5–11.
17. Циринг, Д.А. Психодиагностика личностной беспомощности: проблемы и методы / Циринг Д.А., Евстафеева Е.А. // Сибирский психологический журнал. – 2011. – № 41. – С. 111–120.
18. Циринг, Д.А. Психологические функции личностной беспомощности / Д.А. Циринг, И.В. Пономарева // Вестник Томского государственного университета. – 2012. – № 357. – С. 173–175.
19. Циринг, Д.А. Психология выученной беспомощности: учебное пособие. – Москва: Академия, 2005. – 120 с.
20. Abramson, L.Y. Attributional style and theory: Let no one tear them asunder / L.Y. Abramson, B.M. Dykman, D.J. Needles // Psychological inquiry. – 1991. – Vol. 2, no. 1. – P. 11–49.
21. Adler, J.M. Emerging from CAVE: Attributional style and the narrative study of identity in midlife adults / J.M. Adler, E.C. Kissel, D.P. McAdams // Cognitive Therapy and Research. – 2006. – Vol. 30, № 1. – P. 39–51.
22. Anderson, C.A. A controllability attributional model of problems in living: Dimensional and situational interactions in the prediction of depression and loneliness / C.A. Anderson, A.L. Riger // Social Cognition. – 1991. – Vol. 9, no. 2. – P. 149–181.
23. Comorbidity in anxiety and depressive disorders: A helplessness/hopelessness perspective / L.B. Alloy, K.A. Kelly, S. Mineka, C.M. Clements // Comorbidity of mood and anxiety disorders / edit. by J.D. Maser, R. Cloninger. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990. – P. 499–543.
24. Derhami V. Similarity of learned helplessness in human being and fuzzy reinforcement learning algorithms / V. Derhami // Journal of Intelligent and Fuzzy Systems. – 2013. – Vol. 24, no. 2. – P. 347–354.
25. Differential levels of brain amino acids in rat models presenting learned helplessness or non-learned helplessness / K. Muneoka, Y. Shirayama, M. Horio [et al.] // Psychopharmacology. – 2013. – Vol. 229, no. 1. – P. 63–71.
26. Hooper, N. Cognitive defusion versus thought distraction in the mitigation of learned helplessness / N. Hooper, L. McHugh // The Psychological Record. – 2013. – Vol. 63, no. 1. – P. 209–218.
27. Maier, S.F. From Helplessness to hope: the Seminal career of Martin Seligman / S.F. Maier, C. Peterson, B. Schwartz // The Science of Optimism And Hope: Research Essays in Honor of Martin E.P. Seligman / edit. by J. Gillham. – Radnor, PA: Templeton Foundation Press, 2000. – P. 11–37.
28. Odabasi, B. The effect of learned helplessness to the success / B. Odabasi // International journal of academic research. – 2013. – Vol. 5, no. 4. – P. 125–133.
29. Seligman, M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death / M.E.P. Seligman. – San Francisco: Freeman, 1992. – 250 p.
30. Seligman, M.E.P. Positive Psychotherapy / M.E.P. Seligman, T. Rashid, A.C. Parks // American Psychologist, 2006. – Vol. 61, no. 8. –P. 774–788.
31. Silvet, J. Learned helplessness during organizational change / J. Silvet // Scientific Annals of Economics and Business/Economic Sciences. – 2013. – Vol. 60, no. 2. – P. 375–385.
32. Ulusoy, Y. Effectiveness of a psycho-education program on learned helplessness and irrational beliefs / Y. Ulusoy, B. Duy // Educational Sciences: Theory and Practice. – 2013. – Vol. 13, no. 3. – P. 1440–1446.

33. Vollmayr, B. Learned helplessness: unique features and translational value of a cognitive depression model / B. Vollmayr, P. Gass // *Cell Tissue Res.* – 2013. – Vol. 354, no. 1. – P. 171–178.

Информация об авторах

Анна Александровна Завертяева – старший преподаватель.

Игорь Васильевич Реверчук – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и нейронаук.

Information about the authors

Anna A. Zavertyaeva – senior lecturer.

Igor V. Reverchuk – doctor of medical sciences, associate professor, head of the department of psychiatry and neuroscience.

Статья поступила в редакцию 01.03.2022; прошла рецензирование 20.06.2022; опубликована 15.07.2022.

The article was received 01.03.2022; reviewed on 20.06.2022; published on 15.07.2022.